

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE FOND DU LAC

160 S MACY ST

FOND DU LAC WI, 54935

(920)929-3085



**Autorización para recibir la Vacuna Viva Atenuada contra la Influenza H1N1 de 2009 (Flumist) o
Vacuna inactivada de la Influenza H1N1 2009 (inyectable)**

Se usara la Información coleccionada en este formulario para documentar autorización del recibo de vacuna contra la influenza H1N1 de 2009 en la escuela de su hijo/a. Se puede compartir la información por el Registro de Inmunizaciones de Wisconsin (WIR por sus siglas inglesas) con otros proveedores de cuidado de salud directamente involucrados con su hijo/a.

Nombre de niño/a(Apellidos, Nombre, Inicial medio)		Apellidos de la madre (Apellido, Nombre, Inicial medio)			
Domicilio	Buzón postal	Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Teléfono de la casa ()		Fecha de nacimiento (mes/día/año)		Género <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra	
Raza (Indique uno) <input type="checkbox"/> Africano americano <input type="checkbox"/> Indio americano o Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái / Pacifico <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Otro			Etnicidad (Indique uno) <input type="checkbox"/> Hispánico o latino <input type="checkbox"/> No-hispánico ni latino		
Nombre de médico		Nombre de escuela		Grado	
Nombre de padre o tutor legal responsable para niño/a (Apellidos, Nombre, Inicial medio)				Parentesco a niño/a	

¿Está bien compartir datos de inmunización con el Registro de Inmunizaciones de Wisconsin (WIR)?

Sí No

Favor de contestar las preguntas a continuación para que podemos determinar si su hijo/a puede recibir la vacuna contra la influenza H1N1 de 2009 y cuál vacuna es la mejor para su hijo/a. (Inyectable o Flumist Intranasal)

- Sí No ¿Tiene su hijo/a una alergia seria a los huevos?
- Sí No ¿Tiene su hijo/a otras alergias serias? Favor de escribir en una lista: _____
- Sí No ¿Su hijo/a ha tendido una reacción grave a una dosis anterior de vacuna contra la influenza?
- Sí No ¿Su hijo/a ha tenido el Síndrome Guillain-Barre(una especie de debilidad muscular grave temporal)?
- Sí No ¿Le han vacunado a su hijo/a con cualquiera vacuna (no sólo influenza) dentro de los últimos 30 días?
Si afirmativa ¿cuál vacuna? _____ Fecha recibido: ___/___/___
- Sí No ¿Sufre su hijo/a de cualquiera de las condiciones médicas crónicas a continuación como asma, diabetes, enfermedad del corazón, de los pulmones o riñones?
- Sí No ¿Tiene su hijo/a un sistema inmune débil (está siendo tratado para cáncer, VIH, o tomando medicamentos esteroides)?
- Sí No ¿Está embarazada su hija?
- Sí No ¿Tiene su hijo/a contacto cercano con una persona que necesidad cuidado en un medioambiente protegido (alguien quien recientemente ha tenido un trasplante de médula ósea)?

Yo he leído, o me han explicado la declaración de Información de la Vacuna de 2009-2010 para la vacuna contra la influenza H1N1 de 2009. He tenido la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas a mi satisfacción. Comprendo los beneficios y los riesgos de la(s) vacuna(s) pedida(s) y le pido que me dé la vacuna a mí o que le dé la vacuna a la persona nombrada arriba para quien estoy autorizada hacer esta petición al Departamento de Salud del Condado de Fond du Lac. Este consentimiento autoriza una segunda dosis de la vacuna contra la influenza si mi hijo/a tiene 9 años o menor. Se puede revocar consentimiento por notificar al Departamento de Salud del Condado de Fond du Lac @ (920)929-3085.

FIRMA - Persona que recibe la vacuna o persona autorizada a firmar por parte del niño/de la niña. X	Fecha firmada
--	---------------

FOR OFFICE USE ONLY:

2010 H1N1 VACCINE:

DOSE #1:

Route= IM site (circle one): RD or LD IN Dose (circle one) 1 or 2

Manufacturer _____ Lot No. _____ VIS date:10/02/009

Signature and title of person administering vaccine: _____

Date vaccine administered: ____/____/____

Clinic Site: _____

DOSE #2: (Necessary for children 9 years of age or younger)

Route= IM site (circle one): RD or LD IN Dose (circle one) 1 or 2

Manufacturer _____ Lot No. _____ VIS date:10/02/009

Signature and title of person administering vaccine: _____

Date vaccine administered: ____/____/____

Clinic Site: _____